



Solicitud de Servicios de la Ley de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral (WIOA) - Jóvenes

290 N. D Street, Suite 600
San Bernardino, CA 92415
(909) 387-9859

PROVEEDOR JUVENIL:	
--------------------	--

INSTRUCCIONES: Complete TODAS las preguntas de este formulario con tinta azul o negra. No utilice corrector. POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE.

1.	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	<u>WIOA STAFF USE:</u>	
2.	NOMBRE (primero, inicial del segundo nombre y apellido):	<u>WIOA STAFF USE:</u>	
3.	CALLE DE RESIDENCIA:		
	CIUDAD DE RESIDENCIA:	ESTADO DE RES:	CODIGO POSTAL DE RES:
4.	NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL:	TIPO (marque uno) Celular/móvil Trabajo	Casa Pariente Otro _____
5.	NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNO:	TIPO (marque uno) Celular/móvil Trabajo	Casa Pariente Otro _____
6.	CORREO ELECTRÓNICO:		
7.	DOMICILIO PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA: Marque este casillero si se trata del mismo domicilio en donde usted reside y enseguida pase a la línea # 8. Si es un domicilio diferente, por favor complete lo siguiente. Domicilio de Correspondencia: Ciudad de Correspondencia: Estado de Correspondencia: Código postal de Correspondencia:		
8.	FECHA DE NACIMIENTO: (mes/día/año)	<u>WIOA STAFF USE:</u>	GENERO: Masculino Femenino No Identifico
9.	¿ESTA REGISTRADO EN EL SERVICIO MILITAR? (marque uno) Si No No aplica- mujer No aplica- nacido antes del año 1960	NRO. DE SERVICIO SELECTIVO: _____ FECHA DE REGISTRO: _____	
10.	CIUDADANIA (marque uno): Ciudadano de EU/territorio de EU Residente permanente de EU A#: _____ Extranjero/refugiado con entrada legal a EU Ninguno de las anteriores Fecha de vencimiento: _____	¿SE CONSIDERA A SI MISMO DE HERENCIA HISPANA? Si No	
11.	RAZA (marque el que aplique) No deseo responder Afro-estadounidense/negro Asiático Indio Bangladesh Nepalí Butanés Chino Malasio Laosiano Vietnamita Pakistani Sri Lancán Sikkimese Japonés Coreo Tailandés Camboyano Filipino Otro Asiático Indígena-estadounidense/nativo de Alaska Blanco Hawaiano/Otro isleño del Pacífico Hawaiano/parte Hawaiano Samoano Palaua Guamanian Micronesio Marshallese Otro Isleño del Pacifico		
12.	¿ES USTED UN TRABAJADOR MIGRANTE O AGRÍCOLA? Trabajador agrícola Migrante: viajó a un área para trabajar y no puedo regresar a casa el mismo día Trabajador agrícola migrante No	SI MARCO SI, ESPECIFIQUE EL TIPO: Producción y servicios agrícolas Establecimiento de procesamiento de alimentos	



Solicitud de servicios WIOA - Jóvenes

Nombre del Participante: _____

13.	¿ERES UN MIEMBRO DEL SERVICIO MILITAR EN TRANSICIÓN?		Dentro de los 24 meses de la jubilación – Fecha de baja estimado _____ Dentro de los 12 meses de la jubilación – Fecha de baja estimado _____ No	
14.	¿HA USTED BRINDADO SU SERVICIO EN EL EJERCITO DE EU, MARINA O FUERZA AEREA? (marque uno)		No (Si marcó "no", pase a la línea #19) Si, más de 180 días Si, menos o igual a 180 días	¿Eres esposo/esposa de un veterano? Si No
15.	¿VETERANO SIN HOGAR?	Si No	¿RECIENTEMENTE SEPARADO? (dentro de los últimos 48 meses) Si No	
16.	FECHA EN QUE INICIO SU SERVICIO MILITAR:	FECHA EN QUE FUE DADO DE BAJA DEL SERVICIO MILITAR:	TIPO DE BAJA:	
17.	¿RAMA MILITAR?		¿ESTA USTED ACTIVO EN LA RESERVA MILITAR? Si No	
18.	¿HA ASISTIDO A UN TALLER DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA TRANSICIONAL (TAP) EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS?		Si No	
19.	SITUACION DE EMPLEO (marque uno)	Empleado Desempleado Empleado con notificación de despido/separación del Ejército	WIOA STAFF USE: Employment Verification <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation <input type="checkbox"/> Job Search Worksheet <input type="checkbox"/> UI Records/Check Stubs <input type="checkbox"/> Case File Notes <input type="checkbox"/> Employer Contract <input type="checkbox"/> UI Cross-match	
20.	¿CUANTAS SEMANAS HA ESTADO DESEMPLEADO?		¿CUANTO ES SU PAGO POR HORA ACTUALMENTE O CUAL FUE EL PAGO POR HORA MAS RECIENTE QUE RECIBIO? \$	
21.	¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN ACTUAL O MÁS RECIENTE?		WIOA STAFF USE: ONet Job Title _____ ONet Code _____	
22.	SI ESTÁ EMPLEADO, ¿ESTÁ DE TIEMPO PARCIAL?	¿HA RECIBIDO UN AVISO DE TERMINACIÓN/DESPIDO DE SU ÚLTIMO TRABAJO O DE SU TRABAJO ACTUAL, SI AÚN ESTÁ EMPLEADO?	¿ES USTED AMA DE CASA DESPLAZADA?	
	Si No	Si No	Si No	
23.	RAZON DE LA TERMINACION DEL EMPLEO: (marque uno)			
	<p>CATEGORÍA 1 – Terminado, despedido o ha recibido notificación de despido o despido, y es elegible para recibir beneficios de UI o ha agotado sus derechos y es poco probable que regrese a la industria u ocupación anterior.</p> <p>CATEGORÍA 2 – Terminado o despedido, o ha recibido notificación de despido, y ha estado empleado por una duración suficiente (un mínimo de seis semanas) para demostrar apego a la fuerza laboral, pero no es elegible para beneficios de UI debido a ingresos insuficientes o el empleador no está cubierto por la ley de compensación estatal y es poco probable que regrese a la industria u ocupación anterior.</p> <p>CATEGORÍA 3 – Terminado o Despedido, o recibió notificación de terminación o despido del empleo como resultado del cierre permanente o despido sustancial en una planta, instalación o empresa. La fecha proyectada o la fecha real del despido se requiere en el espacio provisto a continuación.</p> <p>CATEGORÍA 4 – El empleador ha hecho un anuncio general de que la fuente de trabajo va a cerrar. Por favor especifique en el espacio de abajo, la fecha aproximada o definitiva del cierre.</p>		<p>CATEGORÍA 5 – Anteriormente trabajador independiente (incluyendo agricultores, ganaderos y pescadores) pero está desempleado debido a las condiciones económicas generales en la comunidad de residencia o debido a un desastre natural.</p> <p>CATEGORÍA 6 – Propietario de casa desplazado - Individuo que ha brindado servicios no pagados a los miembros de la familia en el hogar y que ha estado dependiendo del ingreso de otros miembros de la familia, pero que ya no es apoyado con el ingreso de dicho pariente y que está desempleado o subempleado y enfrenta dificultades al tratar de obtener un mejor trabajo.</p> <p>CATEGORÍA 7 – El cónyuge de un miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo y que haya experimentado una pérdida de empleo como resultado directo de la reubicación para adaptarse a un cambio permanente en el lugar de destino de dicho miembro.</p> <p>CATEGORÍA 8 - El cónyuge de un miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo y que se encuentre desempleado o subempleado y tenga dificultades para obtener o mejorar un empleo.</p> <p>Ninguna de las opciones anteriores. Cese/despido por falta de trabajo no hace que las personas reúnan los requisitos para beneficiarse del Programa de Trabajadores Desplazados.</p>	
			WIOA STAFF USE: Dislocated Worker Verification Accepted: _____ _____ AND Verified Unlikely to Return status for Category 1 and 2 <input type="checkbox"/> Case Note Completed	
24.	¿CUAL ES LA FECHA APROXIMADA DE SU DESPIDO POR RECORTE DE PERSONAL, si aplica? (mes/día/año)		¿ASISTIO A UNA ORIENTACION DE GRUPO (respuesta rápida)? Si No (Si es Si, especifique fecha y lugar)	



Solicitud de servicios WIOA - Jóvenes

Nombre del Participante: _____

****ENLISTE LOS ULTIMOS DOS EMPLEOS QUE HA TENIDO, COMENZANDO CON EL MAS RECIENTE (INCLUSO SI ESTA TRABAJANDO ACTUALMENTE) ****

25.	EMPLEADOR ACTUAL / EMPLEADOR MÁS RECIENTE (si aplica):				
26.	DOMICILIO DEL EMPLEADOR:				
27.	CIUDAD DEL EMPLEADOR:		ESTADO DEL EMPLEADOR:		CODIGO POSTAL DEL EMPLEADOR:
28.	INDUSTRIA:	NOMBRE DE SU CARGO:			SALARIO POR HORA: \$
	WIOA STAFF USE: ONet Job Title: _____ ONet Code: _____				
29.	TELEFONO DEL EMPLEADOR:		FECHA DE COMIENZO: (mes/día/año)		FECHA REAL DEL DESPIDO POR FALTA DE EMPLEO: (mes/día/año)
30.	HORAS TRABAJADAS POR SEMANA:	RAZON POR LA QUE DEJO EL EMPLEO: (marque uno) Despido por falta de trabajo Aun con empleo Abandonó el empleo/renunció al trabajo Otro _____	WIOA STAFF USE: Actual Layoff Date Verification <input type="checkbox"/> Verification from employer <input type="checkbox"/> Rapid Response List <input type="checkbox"/> Notice of Layoff <input type="checkbox"/> Public announcement with cross-match from UI Other <input type="checkbox"/> Documentation (specify) _____		
31.	ESPECIFIQUE LA CANTIDAD DEL SALARIO PAGADO Y EL PERÍODO DE PAGO: (marque uno) Salario: \$ _____	Hora Día Semana Mes Otro (explique)	¿ESTA RECIBIENDO COMPENSACION POR DESEMPLEO? (marque uno) No aplica Solicitante que cumple con los requisitos referido por WPRS Solicitante que cumple con los requisitos que no ha sido referido por WPRS. Ha agotado los beneficios. No es solicitante ni ha agotado los beneficios.		WIOA STAFF USE: Unemployment Compensation Verification <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation <input type="checkbox"/> UI records (Benefit History, Wage, Record) <input type="checkbox"/> REA Appointment Notice <input type="checkbox"/> Other Documentation (specify) _____
32.	RESUMEN DE LAS TAREAS PRINCIPALES DESEMPEÑADAS EN SU TRABAJO:				
33.	NOMBRE DEL EMPLEADOR ANTERIOR/COMPAÑIA:				
34.	DOMICILIO DEL EMPLEADOR:				
35.	CIUDAD DEL EMPLEADOR:		ESTADO DEL EMPLEADOR:		CODIGO POSTAL:
36.	NOMBRE DEL CARGO/OCUPACION:		FECHA DE INICIO:	FECHA DE TERMINACION:	HORAS TRABAJADAS POR SEMANA:
37.	RAZON POR LA QUE DEJÓ EL TRABAJO (marque uno) Despido por falta de trabajo Cese/despido Aun con empleo		SPECIFIQUE LA CANTIDAD DEL SALARIO RECIBIDO Y EL PERIODO DE PAGO (marque uno) Salario: \$ _____		Hora Día Semana Mes Otro (explique)
38.	RESUMEN DE LAS TAREAS PRINCIPALES DESEMPEÑADAS EN EL TRABAJO:				
39.	GRADO ESCOLAR MAS ALTO QUE COMPLETO (especifique)	¿TIENE CERTIFICADO DE PREPARATORIA? Si No	WIOA STAFF USE: Verification if answered NO for HS Diploma : <input type="checkbox"/> School Records <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation		¿TIENE UN DIPLOMA DE EQUIVALENCIA GENERAL (GED)? Si No WIOA STAFF USE: Verification if answered NO GED: <input type="checkbox"/> School Records <input type="checkbox"/> Applicant Statement
40.	¿ESTA USTED ACTUALMENTE ASISTIENDO A LA ESCUELA? (marque uno)	En la escuela, preparatoria o un nivel menor En la escuela, escuela alternativa En la escuela, después de la preparatoria No asistiendo la escuela, y dejo la preparatoria No asistiendo la escuela, certificado de preparatoria		WIOA STAFF USE: School Status Verification <input type="checkbox"/> Training provider verification of enrollment <input type="checkbox"/> Case notes w/verification of enrollment from educ. inst. <input type="checkbox"/> School records <input type="checkbox"/> Attendance <input type="checkbox"/> Drop-out letter <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation	



Solicitud de servicios WIOA - Jóvenes

Nombre del Participante: _____

41.	¿ESTÁ ACTUAMENTE INSCRITO EN ALGUN CURSO QUE TENGA COMO OBJETIVO OBTENER HSD, GED O CERTIFICACIÓN?		No Si (especifique) _____		
42.	¿AMA DE CASA DESPLAZADA? (marque uno) No Si – Programa LWIOA-DW Si – Programa estatal (TANF) Si – Programas (TANF) estatal y WIOA	WIOA STAFF USE: Displaced Homemaker Verification <input type="checkbox"/> Divorce decree or legal separation <input type="checkbox"/> Death Certificate <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation <input type="checkbox"/> Other _____		¿INGLÉS LIMITADO? Si No	¿PADRE/MADRE SOLTERO(A)? Si No
43.	¿CARECE DE VIVIENDA? Si No	WIOA STAFF USE: Homeless Verification <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation <input type="checkbox"/> Statement from an Individual Providing Temporary Residence <input type="checkbox"/> Statement from Social Service Agency <input type="checkbox"/> Telephone Verification	¿ABANDONO SU HOGAR? Si No N/A	WIOA STAFF USE: Runaway Verification <input type="checkbox"/> Applicant Statement <input type="checkbox"/> Statement from a Social Services Agency <input type="checkbox"/> Statement from an Individual Providing Temporary Residence <input type="checkbox"/> Telephone Verification	
44.	¿HA SIDO CONDENADO POR ALGUN DELITO? (marque uno) No Si, sin libertad condicional o probatoria. Si, bajo libertad condicional Si, bajo libertad probatoria.	WIOA STAFF USE: If yes, provide Prison to Employment Questionnaire to customer to complete.			¿ABUSO DE SUSTANCIAS? Si No
45.	¿ES USTED UN JOVEN BAJO CUIDADO DE CRIANZA? Si No N/A	WIOA STAFF USE: Foster Care Verification <input type="checkbox"/> Statement/Referral from Social Services Agency <input type="checkbox"/> Foster care facility resident <input type="checkbox"/> Court/Guardianship documents <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation, limited cases <input type="checkbox"/> Other _____	¿HABILIDADES BÁSICAS DEFICIENTES? (marque uno) Si No N/A	WIOA STAFF USE: Basic Skills Deficient Verification <input type="checkbox"/> Standardized Test <input type="checkbox"/> Applicant Statement <input type="checkbox"/> School Records <input type="checkbox"/> Other _____	
46.	RELACION CON PANDILLAS: (marque uno) No aplica Miembro de pandilla Involucrado con pandillas En riesgo de involucrarse con pandillas.	¿ES USTED UN JOVEN DE PADRES QUE ESTAN ENCARCELADOS? Si No		NUMERO ASIGNADO POR LIBERTAD CONDICIONAL:	
47.	¿ESTA RECIBIENDO BENEFICIOS DE ASISTENCIA PUBLICA?(marque el que aplique) TANF/CalWORKs/Ayuda en efectivo Agotó sus beneficios TANF Asistencia en efectivo para refugiados Asistencia/alivio general Estampillas de comida No aplica	¿REFERIDO POR EL DEPARTAMENT O DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS? Si No	WIOA STAFF USE: TANF Verification Accepted: _____ SS Income Verification Accepted: _____ Food Stamp Verification Accepted: _____ Refugee Cash Assistance Verification Accepted: _____ General Assistance/Relief Verification Accepted: _____		
48.	SITUACION EN RELACION A ESTAMPILLAS DE COMIDA: Elegible Recibiendo No aplica	¿ES USTED UN NIÑO DE CRIANZA CON APOYO PÚBLICO? Si No	WIOA STAFF USE: Foster Child Verification <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation <input type="checkbox"/> Court Records/Documentation	¿RECIBE ACTUALMENTE, O HA SIDO NOTIFICADO QUE RECIBIRA DINERO DE BECAS PELL? Si No Si marcó "si", especifique la cantidad en dólares y el año escolar _____	
49.	TAMAÑO DE LA FAMILIA: (01-15)	INGRESO FAMILIAR ESTIMADO POR LOS ULTIMOS 12 MESES: \$	WIOA STAFF USE: Annual Family Income Verification _____		
50.	¿ESTA ACTUALMENTE BUSCANDO EMPLEO? No Si ¿SI ASI ES, QUE TIPO DE EMPLEO? _____	¿TIENE LICENCIA/CERTIFICADO EN ESTE CAMPO DE TRABAJO? Si No (Si es Si, especifique) _____			
51.	¿TIENE UNA LICENCIA DE MANEJAR VALIDA? (por favor especifique):	No Si (Si marcó "si", especifique abajo): Clase A/camiones pesados Clase B/pasajeros/autobuses Clase C/regular Clase M/motocicletas Estado _____ Número de licencia# _____			



Nombre del Participante: _____

ACUERDO DE SEGUIMIENTO

WIOA es un programa fundado por el gobierno federal, que requiere monitorear el progreso de nuestros participantes, incluida la verificación de empleo, durante un año después de salir del programa.

Declaración del Participante sobre la Divulgación de Información:

Al ser inscrito en el Programa de WIOA, acepto notificar a su oficina si cambia mi dirección. También acepto proporcionar información que incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono de mi empleador, la cantidad de horas que estoy trabajando, mi fecha de inicio, mi tasa de pago y la descripción de mi trabajo.

Por la presente doy permiso al Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Bernardino para verificar mi estado de empleo en 'The Work Number', utilizando mi información del seguro social durante toda la duración de mi participación en el Programa de WIOA.

También doy permiso a mi empleador para que divulgue información sobre mi empleo y ganancias al programa de Empleo del Departamento de Desarrollo Laboral del Condado de San Bernardino. Entiendo que la información que proporcioné se mantendrá estrictamente confidencial.

Nepotismo – – Por favor, lea y responda las preguntas a continuación:

1. Es un miembro de su familia inmediata (cónyuge, padre, hijo, hermano, hermana, pariente, tío, tía, sobrino, sobrina, primo hermano, padrastro o hijastro) un funcionario electo de la ciudad o del condado?

Si No Si respondió "sí", cuál es su nombre, título elegido y relación con usted? _____

2. Es un miembro de su familia inmediata (cónyuge, padre, hijo, hermano, hermana, pariente, tío, tía, sobrino, sobrina, primo hermano, padrastro, hijastro) un empleado de una ciudad o condado?

Si No Si respondió "sí", ¿cuál es su nombre, organización, posición y relación con usted? _____

Información del Contacto – Indique dos personas que NO viven en su hogar y siempre sabrá cómo contactarlo

1.	NOMBRE Y APELLIDO	CORREO ELECTRONICO	NUMERO DE TELEFONO
	DIRECCION	CIUDAD	ESTADO Y CODIGO POSTAL
2.	NOMBRE Y APELLIDO	CORREO ELECTRONICO	NUMERO DE TELEFONO
	DIRECCION	CIUDAD	ESTADO Y CODIGO POSTAL

Yo he leído y entendido el ACUERDO DE SEGUIMIENTO de Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA).

Iniciales _____



Nombre del Participante: _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ORIENTACIÓN

Orientación conducida por: _____

Certifico que me han explicado los siguientes elementos en detalle, en esta fecha. Por favor marque todos los que apliquen.

- Procedimiento de Queja y Reclamo
- Procedimiento de Denuncia de Igualdad de Oportunidades Y procedimientos de Denuncia de Discriminación
- Responsabilidad de los participantes y resultados esperados
- Logro de habilidad
- Procedimientos Laborales
- Política de estipendios
- Expectativas del taller de trabajo
- Deficiencia de habilidades básicas
- Metas y barreras
- Estrategia de servicio individual (ISS)
- Procedimientos de evaluación
- Salario mínimo
- Servicios para jóvenes mayores de 18 años disponibles en el Centro De Trabajo Americano de California (AJCC)

Yo he leído y entendido cada elemento mencionado anteriormente.

Iniciales

DIVULGACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA IMAGEN, EL NOMBRE, LA VOZ Y/O LA ENTREVISTA

Al firmar este formulario, otorgo irrevocablemente al Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Bernardino (WDD) ("Condado") el derecho absoluto e irrevocable ahora y en el futuro (Por favor ponga sus iniciales en todos los que correspondan):

Crear y obtener imágenes, fotografías, vídeo, audio, entrevistas, relatos, historias personales y cualquier otra grabación o documento, en cualquier medio conocido o futuro, de mi nombre, imagen, voz, semejanza, información personal u otros elementos ("Grabaciones") relacionadas con los servicios prestados por el Condado de conformidad con la Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral.

Usar, publicar, distribuir, copiar o transmitir estas grabaciones, ya sea en forma total o parcial, individualmente o en conexión con otro material, en todos los medios, incluyendo, pero no limitado a, presentaciones, exhibiciones, folletos, y otros materiales oficiales, incluyendo por Internet, para promover el programa WIOA, sin restricciones en cuanto a la alteración; y el uso de mi nombre en conexión con cualquier grabación si el Condado así lo elige.

Usar mi historia y mis citas de discurso, si las proporciono al Condado sobre mí mismo, en presentaciones, exhibiciones, folletos, y otros materiales oficiales, incluyendo por Internet, para promover el programa WIOA, sin restricciones en cuanto a la alteración; y para usar mi nombre si el condado así lo elige.

El Condado tendrá todos los derechos, títulos e intereses sobre las Grabaciones, incluyendo mi historia y mis citas de discurso. Por la presente renuncio a cualquier inspección o aprobación de uso. También renuncio y libero al Condado de cualquier reclamo basado en invasión de privacidad, derecho de publicidad, difamación, respaldo falso o reclamo de alteración visual o de audio o reproducción mecánica defectuosa.

Mis iniciales indican que este formulario está completo y ha sido leído por mí (o para mí) y que estoy de acuerdo con los puntos marcados y que no se me ha hecho ninguna promesa o representación de ningún tipo.

Iniciales

Deseo excluirme de la Autorización para los Medios de Comunicación.

Iniciales



Nombre del Participante: _____

CONSENTIMIENTO MÉDICO

Si el participante es menor de 18 años, complete lo siguiente:

Yo _____ el abajofirmante padre y/o el tutor legal de _____ cuya fecha de nacimiento es _____ autorizo por este medio el tratamiento medico y/o quirúrgico por un médico(MD) con licencia del Estado de California y/o un hospital con licencia del Estado de California y/o sala de emergencias con licencia y/o una clínica privada operada por un médico autorizado (MD) y debidamente certificado y con licencia en el Estado de California y/o sus representantes como agente(s), para que el abajofirmante consienta a cualquier radiografía, laboratorio, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, o tratamiento y atención hospitalaria que se considere aconsejable por y debe ser prestada bajo la supervisión general o especial de un médico con licencia (MD) según las disposiciones de la Ley de Práctica Médica y que está en el personal del hospital acreditado, si dicho diagnóstico o tratamiento se realiza en la oficina del médico o en el hospital acreditado.

Entiendo que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica requerida, pero se otorga para brindar autoridad, consentimiento y poder por parte de nuestro(s) agente(s) antes mencionado(s) para dar consentimiento específico a todos y cada uno de los dicho diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que el médico antes mencionado en el ejercicio de su criterio médico y quirúrgico pueda considerar aconsejable de conformidad con las disposiciones del § 25.8 del Código Civil de California.

Además, usted está autorizado a divulgar y/o recibir todos y cada uno de los registros médicos y/o información médica relacionada relacionada con que ayude en el tratamiento brindado al menor mencionado anteriormente con respecto al accidente/lesión industrial del menor.

Medico de Familia: _____ Telefono: _____

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Si el participante tiene 18 años o más, proporcione un contacto de emergencia. En caso de emergencia, por favor notifique

Nombre: _____ Relationship: _____

Direccion: _____

Telefono: _____

Por favor indique la información física personal de la que el hospital o el médico deberían estar al tanto en caso de enfermedad o lesión (por ejemplo: diabetes, reacciones a medicamentos, problemas cardiacos, medicamentos que actualmente usa, alergias, etc.).



Nombre del Participante: _____

Quejas del Programa y Procedimientos de Quejas

Si crees que has sido afectado negativamente por una decisión o acción del sistema local de empleo que está en violación de la Ley de Innovación y Oportunidades de Empleo (WIOA), puedes presentar una queja en cualquier momento dentro de un año de la supuesta violación utilizando el proceso descrito a continuación.

Si su queja involucra discriminación, por favor consulte los “Procedimientos de Queja por Discriminación” a continuación.

1. Pida hablar con un Supervisor del Programa dentro de los 90 días del día en que ocurrió el incidente <ul style="list-style-type: none">• Un supervisor se comunicará con usted dentro de los tres (3) días laborales para revisar su queja o reclamo.• Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 2
2. Pida hablar con el Director del Programa sobre su queja. <ul style="list-style-type: none">• El Director del Programa se pondrá en contacto con usted dentro de los tres (3) días laborales.• Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 3.
3. Pida hablar con el Analista del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral sobre el Programa Juvenil WIOA <ul style="list-style-type: none">• El Analista se pondrá en contacto con usted dentro de los tres (3) días laborales del paso 2.• Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 4.
4. Pida hablar con un Subdirector del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral sobre su queja o reclamo. <ul style="list-style-type: none">• El Subdirector se pondrá en contacto con usted dentro de los siete (7) días laborales del paso 3.• Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 5.
5. El Subdirector organizará una reunión para que usted discuta su queja o reclamo con el personal, los testigos y su proveedor de servicios. <ul style="list-style-type: none">• La reunión tendrá lugar dentro de los 25 días laborales posterior al día en que habló con el Supervisor del Programa sobre su queja o reclamo.• Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 6.
6. Complete el Formulario de Quejas del Programa y Solicitud de Quejas para Audiencia – Formulario 181C, disponible del Analista. Tiene derecho a una audiencia sobre cualquier queja o reclamo que se llevará a cabo por un oficial imparcial de audiencia dentro de los 30 días posterior a la presentación del formulario 181C. Envíe el formulario completo a: Adriana Escobedo Administration Manager/Equal Opportunity Officer RIVCO, Workforce Development Division 1325 Spruce Street, Suite 400, Riverside, CA 92507 Si experimentas un incidente de restricción, coerción o represalia como resultado de presentar una queja, también puedes presentar una apelación o solicitar una revisión separada por parte del Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD). Para presentar una apelación, envía tu solicitud a: Chief, Compliance Review Office, MIC 22-M, Employment Development Department, P.O. Box 826880, Sacramento, CA 94280-0001. Si ocupa asistencia técnica con la presentación de su queja, comuníquese con el Oficial de Igualdad de Oportunidades al (909) 383-9928. Los usuarios de TTY pueden comunicarse con el Oficial de Igualdad de Oportunidades a través del servicio de retransmisión de California (711).

He leído y entiendo el procedimiento de quejas del programa del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral.

Iniciales



Nombre del Participante: _____

La Igualdad de Oportunidades es la Ley

Es contra la ley que este beneficiario de asistencia financiera federal discrimine por los siguientes motivos:

- Contra cualquier persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, edad, discapacidad, afiliación política o creencia; y
- Contra cualquier beneficiario de programas asistidos financieramente bajo el Título I de la Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral, sobre la base de la ciudadanía / estado del beneficiario como inmigrante admitido legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos, o su participación en cualquier programa o actividad con asistencia financiera del Título I de WIOA

El beneficiario no debe discriminar en ninguna de las siguientes áreas:

- Decidir quién será admitido, o tendrá acceso, a cualquier programa o actividad con asistencia financiera del Título I de WIOA;
- Brindar oportunidades en, o tratar a cualquier persona con respecto, a tal programa o actividad; o
- Tomar decisiones de empleo en la administración de, o en relación con, tal programa o actividad.

Qué Hacer Si Cree Haber Experimentado Discriminación

Si cree que ha sido víctima de discriminación bajo un programa o actividad que recibe asistencia financiera federal del Título I de WIOA, puede presentar una queja dentro de los 180 días a partir de la fecha de la presunta infracción ante:

- El Oficial de Igualdad de Oportunidades del programa (o la persona que el programa ha designado para este fin); o
- El Director del Centro de Derechos Civiles (CRC), bajo el Departamento de Trabajo de EE. UU., 200 Constitution Avenue NW, Sala N-4123, Washington, DC 20210.

Si presenta su reclamo ante el beneficiario, debe esperar hasta que el beneficiario emita un Aviso de Acción Final por escrito, o hasta que hayan transcurrido 90 días (lo que ocurra primero), antes de presentarlo ante del Centro de Derechos Civiles (consulte la dirección anterior).

Si el beneficiario no le entrega un Aviso de Acción Final por escrito dentro de los 90 días a partir de la fecha en que presentó su reclamo, no tiene que esperar a que el beneficiario emita ese Aviso antes de presentar un reclamo ante el CRC. Sin embargo, debe presentar su queja al CRC dentro de los 30 días de la fecha del límite de los 90 días (en otras palabras, dentro de los 120 días después del día en que presentó su reclamo ante el beneficiario).

Si el beneficiario le entrega un Aviso de Acción Final por escrito sobre su reclamo, pero usted no está satisfecho con la decisión o resolución, puede presentar un reclamo ante el CRC. Debe presentar su queja al CRC dentro de los 30 días posterior a la fecha en que recibió el Aviso de Acción Final.

Para obtener información o someter una queja en compañía con el beneficiario, contacte:

Fred Burks, Equal Opportunity Officer
San Bernardino County Workforce Development Department
290 North D Street, Suite 600
San Bernardino, CA 92415
Phone: (909) 387-9845, California Relay Service: 711, Fax: (909) 889-2460
fburks@wdd.sbcounty.gov

He leído lo anterior y entiendo mis derechos de igualdad de oportunidades conforme a la Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA).

Iniciales



Nombre del Participante: _____

Procedimientos de Queja de Discriminacion

Si cree que ha experimentado discriminación en su programa, actividad o servicio de la Ley Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA), puede presentar una queja mediante el siguiente proceso.

1. Pida hablar con un Supervisor del Programa dentro de los 90 días del incidente. <ul style="list-style-type: none">▪ Un supervisor se comunicará con usted dentro de los tres (3) días laborales para revisar el incidente.▪ Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 2.
2. Pida hablar con el Director del Programa sobre el incidente. <ul style="list-style-type: none">▪ El Director del Programa se pondrá en contacto con usted dentro de los tres (3) días laborales del día en que habló con el supervisor sobre el incidente.▪ Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 3.
3. Pida hablar con el Analista del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral sobre el Programa Juvenil WIOA. <ul style="list-style-type: none">▪ El Analista se pondrá en contacto con usted dentro de los cinco (5) días laborales del día en que habló con el Director del Programa sobre el incidente.▪ Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 4.
4. Pida hablar con el Oficial de la Igualdad de Oportunidades del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral sobre el incidente. <ul style="list-style-type: none">▪ El Oficial de la Igualdad de Oportunidades se pondrá en contacto con usted dentro de los siete (7) días laborales del día en que habló con el Analista de Desarrollo de la Fuerza Laboral sobre el incidente.▪ Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 5
5. Obtenga el "Formulario de Información de Quejas por Discriminación – Formulario 190". Envíe el formulario completo a: Fred Burks, Equal Opportunity Officer San Bernardino County Workforce Development Department 290 North D Street, Suite 600 San Bernardino, CA 92415 El Oficial de la Igualdad de Oportunidades debe recibir su queja por escrito a más tardar 180 días después de la fecha en que cree que ocurrió la discriminación.

He leído y entiendo el procedimiento de quejas por discriminación del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral. Entiendo que si siento que he experimentado discriminación, puedo usar este procedimiento, o puedo enviar una queja por escrito directamente al Oficial de la Igualdad de Oportunidades a la dirección anterior.

Iniciales



Nombre del Participante: _____

LIBERACIÓN DEL PARTICIPANTE

Como participante del programa juvenil fundado por la Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA), usted puede participar en las actividades y programas de las agencias asociadas al Centro de Trabajo Americano de California del Condado de San Bernardino (AJCC). Al firmar este documento, usted autoriza al Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Bernardino (WDD) a intercambiar información sobre usted con las siguientes agencias, según sea necesario, y de estas agencias al WDD:

Agencias AJCC del Condado de San Bernardino

Proveedores de formación laboral o capacitación

Otro: _____

Otro: _____

Otro: _____

Toda la información intercambiada entre las agencias mencionadas se mantendrá en la más estricta confidencialidad. Se requerirá una solicitud por escrito para revocar esta autorización.

Declaración del cliente:

Autorizo a la Agencia/Institución /Proveedor elegido arriba que pueda comunicar información sobre mí al Departamento de WDD del Condado de San Bernardino. Entiendo que esta autoridad permanecerá vigente a menos que decida revocarla. Este formulario se completó en su totalidad y lo leí (o me lo leyeron) antes de firmarlo.

Rechazo la autorización.



Solicitud de servicios WIOA - Jóvenes

Nombre del Participante: _____

¡DETÉNGASE! FAVOR DE COMPLETAR ESTA SECCIÓN SÓLO EN LA PRESENCIA DE UN EMPLEADO DEL CONDADO

Declaración del cliente: Mi firma a continuación indica que he sido informado y entiendo la información contenida en este formulario. Certifico bajo pena de perjurio que toda la información anterior es verdadera y completa. Acepto que cualquier información que haya proporcionado está sujeta a verificación. Entiendo que la falsificación de cualquier artículo es motivo de cancelación del programa y puede resultar en una acción para recuperar cualquier dinero que se me haya pagado mientras participo.

FIRMA DEL CLIENTE:	DATE	FECHA EN QUE EL CLIENTE FIRMO: (Si es menor de 18 años, tanto el cliente como el padre/tutor deben firmar un formulario)	DATE

Los fondos para este programa son proporcionados por la Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral (WDB) de San Bernardino. Este programa o actividad con asistencia financiera del Título 1 de WIOA y la WDB son empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades. Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a pedido para personas con discapacidades.

-- ESTA SECCIÓN A SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DEL AJCC SOLAMENTE/THIS SECTION TO BE COMPLETED IN FULL BY AJCC STAFF ONLY --

ELIGIBILITY DATE:	SPECIFY ELIGIBILITY STATUS AND FUNDING INFORMATION:		
	<input type="checkbox"/> WIOA Adult Services <input type="checkbox"/> WIOA Dislocated Worker Services		
	<input type="checkbox"/> Youth Eligibility <input type="checkbox"/> Other: _____		
	STATEWIDE? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: _____		
SIGNATURE OF INTERVIEWER:	DATE:	SIGNATURE OF REVIEWER:	DATE:
Printed Name of Assigned Case Manager:			

STAFF USE ONLY: USE THIS SECTION TO LIST ACTIVITY RECORDS TO BE ENTERED FOR SERVICES PROVIDED.

Key – Agency Code B01 = Rancho AJCC C01 = San Bernardino AJCC H01 = High Desert AJCC			Key – Completion Code 1 = Successful Completion 2 = Participation Waived/Exempted 5 = Unsuccessful Completion-Dropped Out 6 = Unsuccessful Completion-Provider Closed 7 = Unsuccessful Completion-Failed to Report 8 = Unsuccessful Completion-Unable to Contact			
ACT 1	Customer Program Code: <input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> DW	Agency Code: <input type="checkbox"/> B01 <input type="checkbox"/> C01 <input type="checkbox"/> H01	3-Digit Activity Code and Description:	Begin Date (mm/dd/yyyy)	Est/End Date (mm/dd/yyyy)	Completion Code:
ACT 2	Customer Program Code: <input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> DW	Agency Code: <input type="checkbox"/> B01 <input type="checkbox"/> C01 <input type="checkbox"/> H01	3-Digit Activity Code and Description:	Begin Date (mm/dd/yyyy)	Est/End Date (mm/dd/yyyy)	Completion Code: